



**Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Międzychodzie
ul. Szpitalna 10, 64 - 400 Międzychód**

NIP: 595-13-40-382 REGON: 000310249 KRS: 0000005301
Sekretariat: tel./fax 95 748 27 11 Centrala: tel. 95 748 20 11
e-mail: spzozmiedzychod@spzoz-miedzychod.com.pl e-mail: 3000310@zoz.org.pl
www.spzoz-miedzychod.com.pl

Załącznik nr 1 do Procedury Realizacji praw osób, których dane dotyczą , Wydanie nr 1 z dnia 15.07.2022.

....., dnia
(miejscowość)

.....
(Imię i Nazwisko Wnioskodawcy)

.....
(Adres)

.....
(Adres e-mail)

.....
(Numer telefonu – jeśli jest przetwarzany przez Administratora)

**Samodzielny Publiczny Zakład
Opieki Zdrowotnej w Międzychodzie
ul. Szpitalna 10
64-400 Międzychód**

A- Część Wnioskodawcy:

Na podstawie art. 7, 15 - 21 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych), niniejszym:

Cofam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych	<input type="checkbox"/>
Żądam niezwłocznego usunięcia moich danych osobowych (Prawo do bycia zapomnianym)	<input type="checkbox"/>
Wnoszę sprzeciw wobec przetwarzania moich danych osobowych	<input type="checkbox"/>
Wnoszę o ograniczenie przetwarzania moich danych osobowych	<input type="checkbox"/>
Wnoszę o sporstowanie moich danych osobowych	<input type="checkbox"/>
Wnoszę o prawo dostępu do moich danych osoboawych	<input type="checkbox"/>
Wnoszę o prawo przenoszenia moich danych osobowych	<input type="checkbox"/>

(proszę zaznaczyć x we właściwej rubryce)

Moje dane osobowe są przetwarzane przez Admnistradora w następującym celu:

.....
.....

(należy wskazać cel przetwarzania danych osobowych, z których Wnioskodawca chce się wypisać)

Uzasadnienie

.....
.....
.....

.....
(podpis Wnioskodawcy)

B) Część Administratora

Wniosek akceptuję /nie akceptuję*:

.....
.....
.....
.....
.....

(należy wskazać powód braku akceptacji)

.....
(Data i podpis Administratora)

Potwierdzenie pracownika, który realizował żądanie Wnioskodawcy:

.....
(data)

.....
(imię i nazwisko)

.....
(podpis pracownika)

Potwierdzenie poinformowania Wnioskodawcy o spełnieniu / niespełnieniu żądania*:

.....
.....
(należy wskazać formę powiadomienia, np. e-mail za potwierdzeniem odbioru, list polecony za potwierdzeniem odbioru)

.....
(data poinformowania Wnioskodawcy)

.....
(podpis IOD/ASI)

* *niepotrzebne skreślić*